2 Fälle von Hämatomyelie.

Ignanral-Dissertation
welche
zur Erlangung der Doctorwürde
in der
Medicin und Chirurgie.
Mit Zustimmung
der Medicinischen Facultät.
der
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin
öffentlich verteidigen wird
der Verfasser

Leopold Sonnemann
pract. Arzt in Berlin.

XIV. Martii MDCCCXC.

Opponenten:

Herr Dr. med. R. Jmmerwahr.
„ Cand. med. Hirschfeldt.
„ E. Pulvermacher pract. Arzt.

Berlin 1890.
Gedruckt bei F. Cynamon.

Seiner

theuren Mutter

in

Liebe gewidmet

vom Verfasser.

2 Fälle von Bluterguss ins Rückenmark.

Bei dem engen Zusammenhange zwischen Gehirn und Rückenmark ist es sehr leicht erklärlich, wenn man geneigt ist, diesen Zusammenhang auch auf die pathologischen Processe dieser beiden wichtigen Organe zu übertragen. Bei einzelnen Krankheiten ist ja auch eine Analogie leicht zu bestreiten, so bei den Meningitiden, so bei der Sclerose, deren Verlauf ein ziemlich übereinstimmender ist. Indessen giebt es auf der anderen Seite Erkrankungen, deren Beginn und Verlauf ein anderer im Gehirn, ein anderer im Rückenmark ist, Zu diesen gehören in erster Reihe die Blutergüsse. Schon was die Häufigkeit anbetrifft, so leuchtet ein, dass Gehirn und Rückenmark hier ihre eignen Wege gehen; denn während eine Apoplexie ins Gehirn eine häufige, fast alltägliche, daher auch leicht zu diagnosticirende Krankheit ist, bildet ein Bluterguss ins Rückenmark eine ziemlich seltene Erscheinung.

Da es nun nicht nur aus wissenschaftlichen, sondern auch aus praktischen Gründen geboten ist sich darbietenden Seltenheiten aufmerksam näher zu treten, so bin ich überzeugt, dass es auch für weitere Kreise von Interesse sein wird, neue derartige Fälle kennen zu lernen. Ich bin so glücklich gewesen durch die gütige Ueberlassung des Herrn Professor Dr. Mendel zwei derartige Fälle zu erhalten und wir wollen in Folgendem dieselben einer näheren Betrachtung unterziehen, Bevor

ich jedoch an die Beschreibung dieser Fälle gehe, will ich erst noch einige allgemeine Bemerkungen vorausschicken.

Dem pathologisch anatomischen Befunde nach kann man folgende Unterscheidungen treffen; 1.) die sogenannten punktförmigen Blutungen, 2.) die hämorrhagische Infiltration, die darin besteht, dass das ausgetretene Blut keine einzige zusammenhängende Masse bildet, sondern in verschieden starken Anhäufungen zwischen die Substanz verteilt ist, 3.) dem hämorrhagischen Heerd, wo das vergossene Blut eine grössere Ansammlung zwischen der auseinandergetriebenen und zerstörten Substanz bildet; entweder bildet das Blut einen klein bohnengrossen Tumor nach Cruveilhier oder einen ziemlich langen Cylinder, eie sogenannte Röhrenblutung Levier, eine Gestalt wie wir sie analog bei Blutergüsse im Gehirn nicht finden, auch die Grösse ist verschieden von denen des Gehirns, denn während Apoplexia cerebri ziemlich die grösse eines Esslöffels erreichen kann, reicht der spinale Bluterguss noch selten bis an die Grösse einer Eichel herau.

Der erste, der über diesen Gegenstand Veröffentlichungen machte, war Olivier, welcher fünf Fälle beschrieb, bei denen der Sitz der Blutung allemal in der grauen Substanz des Rückenmarks gelegen war. Alle Fälle leiteten sich durch einen lokalen Schmerz ein, dann folgten Lähmungen und Contrakturen; doch ist wie wir an einem von unseren beiden Fällen später sehen werden, Schmerz und Contracturen nicht durchaus notwendig für die Diagnose „apoplexia medullaris“.

Es sind dann später noch einige andere derartige Fälle beschrieben worden, so von Levier, Eichhorst und in ganz neuer Zeit ein sehr schwerer von Leyden. Der Grund, weshalb Blutergüsse ins Gehirn so häufig erfolgen, während die des Rückenmarkes so selten sind, liegt in der verschiedenen Bauart der beiden Organe. Das Gehirn ist ein Organ, in dem die Arterienäste mit einem gewaltigen Drucke hervorschiessen, ist also vielmehr einer Verletzung ausgesetzt wie das Rückenmark, in dem nur kleine Stämmchen verlaufen, die noch dazu viel verborgener liegen. Die Ursache für eine Hämatomyelie besteht von ätiologischem Standpunkte aus zunächst nach Leyden in einer acceshorischen d. h. sie entsteht im Gefolge einer anderen Erkrankung, als Begleiterscheinungen der verschiedensten Krampfformen, d. h. der Bluterguss ist ein secundärer. Dies ist auch die Ansicht der bedeutendsten französischen Autoren wie Hayem, Charcot, die einen primären Erguss ins Rückenmark einfach leugnen und die Fälle, die als solche beschrieben sind als Hämatomyelitis bezeichnen. Doch werden wir im Gegensatz zu diesen beiden Forschern aus unseren beiden Fällen ersehen, dass eine Hämatomyelie primär sehr wohl vorkommen kann.

Eine andere Veranlassung für eine Apoplexia medullaris ist die psychische Erregung, so wird berichtet, dass ein Mann derartig in Wut geriet, dass er nach wenigen Stunden starb:

Die Section ergab Apoplexia medullaris. Eine häufige Ursache scheinen Störungen der Blutcirculation zu sein, wie Suppressio mensium etc.

So erzählt Levier von einem achtzehnjährigen jungen Mädchen, dass dieselbe in Folge von Menstruationsstörungen plötzlich von totaler Paraplegie befallen wurde, die nach 24 Tagen vom Anfange an gerechnet letal endete. Die Autopsie ergab einen Bluterguss in die Rückenmarksubstanz. Hierher gehört auch ein von Moynier mitgeteilter Fall, wonach eine Frau, die sich nach dem Wochenbette bei einem Kirchgange erkältet hatte, gleich darauf Einschlafen der Füsse bis zu den Knöcheln bekam, an demselben Abend Schmerzen in den oberen Extremitäten und Unmöglichkeit die Beine zu bewegen. Tod nach 13 Stunden. Die Section ergab einen Bluterguss in den Rückenmarkskanal.

Ebenfalls rechnet hierher der von Leyden neuestens veröffentlichte Fall. Derselbe betrifft eine 28 Jahre alte schwangere, früher ganz gesunde Frau welche kurz vor der Entbindung plötzlich eine schwere Paraplegie bekam und nach sechswöchentlichen Krankheitsverlauf starb. Die Lähmung entwickelte sich in wenigen Tagen zur vollen Höhe, auch die Sphincteren waren gelähmt, die Sensibilität aufgehoben, Muskelatrophie, Blasenkatarrh und Decubitus vorhanden. Die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln war für beide Stromesarten herabgesetzt. Der Tod erfolgte an Sepsis, welche von dem Decubitus ausging. Die Section ergab einen 5 cm. langen Erweichungsheerd im unteren Brustteile,

Noch einen letzteren derartigen Fall will ich erwähnen und zwar der non Goldthammer in Virchow's Archiv publicirte.

Darnach war die Patientin ein $15^3/_4$ Jahre altes Mädchen vnn blühendem Aussehen und strotzender Gesundheit. Dieselbe war aber auffallender Weise noch nicht menstruirt. Am Tage des Insultes stieg sie noch zwei Treppen ganz fröhlich hinab und später auch wieder herauf, ohne die geringsten Beschwerden zu verspüren. Als sie Mittags ganz ruhig auf dem Stuhle sass, empfand sie plötzlich einen heftigen, stechenden, ruckartigen Schmerz im Rücken zwischen den Schulterblättern. Die Kranke fiel vom Stuhl und merkte sofort, dass sie das rechte Bein nicht bewegen konnte. Nach einer halben Stunde war auch das linke Bein gelähmt. Sie wurde bald darauf ins Krankenhaus gebracht, wo die Untersuchung vollkommene Paraplegie, vollkommene Anästhesie, Lähmung der Blase ergab. Von Seiten des Gehirns gar keine Erscheinungen. Nach ca. einem Jahre starb Patientin an Decubitus. Die Section ergab einen 8 mm. langen Heerd im Rückenmarkskanal.

Als ferneres atiologisches Moment müssen wir das Trauma ansprechen, sei es dass es durch Quetschung der Wirbel, durch Stoss, Fall etc. erfolgt ist. Hierbei fällt das Schwergewicht auf die durch Grösse und Sitz der Blutung bedingte Läsion. Zu dieser Kategorie gehört unser erster Fall.

Wilhelmine Winkel 63 Jahre alt, Wittwe, hat zwei lebende gesunde Kinder, einmal aber abortirt. Patientin stammt aus gesunder Familie, ist niemals krank gewesen, Zeichen von hereditärer Belastung nicht nachweisbar.

Am 17. März klopfte Patientin auf dem Hofe Coaks, plötzlich fühlte sie einen äusserst heftigen Schmerz zwischen den beiden Schulterblättern, — als wenn man einen Krampf bekäme, — sie musste nach jedesmaligem Bücken sich erst wieder in die Höhe richten, um Luft zu holen. Mit Hilfe der Tochter brachte Patientin dann den Kasten nach oben, worauf sich ein heftiger Schmerz im linken Arm mit gleichzeitiger Contraktur der Haud einstellte. Vier Wochen lang konnte kein Glied gerührt werden, die Contraktur blieb, auch die Schmerzen hielten an, namentlich warcn dieselben im linken Ellenbogen sehr heftig. Patientin liess sich während der vier Wochen nach dem Insulte massieren, nach Verlauf dieser Zeit begann die Contractur sich zu lösen, auch die Schmerzen liessen nach, sodass Patientin heute ganz schmerzfrei ist. Als ätiologisches Moment haben wir hier also ohne Zweifel das Trauma,

Status präsens. Patientin eine mittelgrosse Gestalt, Anfang der sechziger Jahre, mit mässig entwickelter Muskulatur, kräftigem Knochenbau, lebhaft gerötetem Gesicht, macht nicht den Eindruck einer Kranken, die Antworten sindprompt, Gedächtnissschwäche nicht vorhanden. Sie selber giebt an, mitunter von einem Gefühl der Mattigkeit befallen zu werden, dann habe sie das Gefühl, als ob sie nicht gesund wäre. Im Uebrigen hat dieser Anfall ihre seelische Stimmung nicht alterirt. Die Motilität im linken Arm ist noch etwas behindert, Schmerz dagegen in demselben gar nicht mehr vorhanden. Eine Schmerzensäusserung giebt sich kund bei Untersuchung der Rückenwirbelsäule. Wenn man nämlich auf die

Processus spinosi drückt, so ist die Stelle zwischen vierten Wirbel bis zum Atlas hinauf empfindlich, sehr intensiv ist auch hier der Schmerz nicht mehr, die übrigen Funktionen sind durchaus normal.

Im Anfange der Erkrankung will Patientin in dem betreffenden linken Arm keinerlei Empfindung gehabt haben. Bei der heutigen Untersuchung ergiebt sich, dass Patientin im Stande ist jeden Stich mit der Spitze einer Stecknadel zu fühlen, sie giebt ganz genau an, wie oft gestochen ist, ferner, dass dieselbe Kopf von Spitze zu unterscheiden weiss. Auch der Temperatursinn hat sich wieder eingefunden, denn bei Betupfen der Hand mit kaltem Wasser empfindet sie Kälte und Feuchtigkeit ebenso umgekehrt mit warmem Wasser. Der Druck der erkrankten Hand ist deutlich fühlbar, aber schwächer wie mit der gesunden Hand. Die Haut trocken, von normaler Farbe, die Muskulatur im linken Arm atrophisch, Sehnen Haut und Visceral-Reflex vorhanden. Die elektrische Erregbarkeit mittelst des galvanischen wie des faradischen Stromes ist vom Nerven aus, namentlich im Gebiete des Radialis herabgesetzt, ebenso vom Muskel aus; nur bei ganz starken Strömen ist eine Wirkung in den Extensoren sichtbar, sonst greift dieselbe auf die Flexoren über. Alle übrigen Organe sind gesund.

Endlich kommen wir zu dem von französischen Autoren wie Hayem und Charcot geleugneten, doch aber auch von Leyden nachgewiesenen spontanen Bluterguss, zu dem unser zweiter Fall gehört.

Carl Menzel, Steueraufseher, 61 Jahre alt, verheiratet, hat sechs lebende gesunde Kinder.

Die **Anamnese** ist sehr wenig ergiebig. Patient will nie krank gewesen sein, ist hereditär nicht belastet, in seiner Familie sind nie Nervenkrankheiten vorgekommen.

Am 13. Januar dieses Jahres ist Patient wie gewöhnlich Abends aus dem Dienste nachhause gekommen und ist zur gewohnten Stunde zu Bette gegangen. Nachts um $^1/_2$1 Uhr kam sein Sohn nachhause, er unterhielt sich mit diesem noch bis zum Einschlafen' ohne irgend etwas zu bemerken. Als er Morgens um $^1/_2$6 Uhr aufstand und sich die Beinkleider anziehen wollte, versagten ihm beide Aerme, er war nicht imstande auch nur das Geringste damit anzufassen, es fiel ihm Alles weg, so zwar, dass er sich auch füttern lassen musste, ein Schmerz war nicht vorhanden. Er liess sich dann von einem Arzte behandeln, welcher ihm scharfe Abreibungen verordnete, die aber ohne Erfolg blieben. Darauf kam er in die Mendel'sche Poliklinik, wo er electrisirt wurde und wo er sich dann derartig besserte, dass heute nur noch eine Schwäche in der Gegend der tabatière anatomique also zwischen Daumen und Zeigefinger vorhanden ist. Er vermag auch nicht die Hand zu einer Faust ganz zusammenzuschliessen, das Gefühl als ob er krank wäre, beherrscht ihn nicht, das Einzige worüber er klagt, ist das, dass ihm die Arme noch etwas taub sind. Wie aus der Anamnese und Krankheitsgeschichte hervorgeht, ist ein ätiologisches Moment nicht auffindbar, der Insult ist also spontan eingetreten.

Status. Patient ist von mittelgrosser Figur, ziemlich kräftiger Statur, normaler Haut und Gesichtsfarbe Seine Antworten lauteten bestimmi und prompt, sein Gedächtniss hat nicht im Geringsten gelitten, auch die Sinnesorgane sind gegen früher unverändert.

Die Sensibilität in den Armen ist herabgesetzt, er merkt den Stich einer Stecknadelspitze bisweilen garnicht, auch macht er falsche Angaben, wie oft er hintereinander gestochen worden ist, ebensowenig kann er Spitze von Knopf genau unterscheiden. Die Hände sind noch von einer gewissen Schwäche behaftet, die sich darin documentirt, dass er eine ihm dargebotene Hand nur schwach zu drücken vermag. Dagegen weiss er Temperaturveränderungen, erprobt durch Anfeuchtungen mit kaltem resp. warmem Wasser genau anzugeben. Irgend welche Schmerzhaftigkeit am Schädel durch Druck hervorgerufen ist nicht zu constatiren, auch entlockte ihm ein Druck auf die proc. spinosi der Rückenwirbelsäule keine Schmerzensäusserung. Die Muskeln an den Unterarmen sind infolge des Insultes atrophisch geworden. Die elektrische Untersuchung mittelst des galvanischen und faradischen Stromes ergiebt eine mässige Herabsetzung der Erregbarkeit von Nerven wie von Muskel aus, Entartungsreaktion ist nicht vorhanden, die übrigen Organe sind intakt.

Wenn wir nun das Facit dieser beiden Fälle ziehen, so springen zwei Momente als die wesentlichsten, und für die Diagnose wichtigsten hervor, das ist zunächst die Plötzlichkeit, mit der die Krankheit beide Patienten befallen hat. Beide sind bis zum Eintritt

des Moments der Katastrophe gesund gewesen, die Eine ist inmitten ihrer Tätigkeit, der Andere im Schlafe befallen worden. Keiner hat vorher über Kopfschmerzen Schwindel, Angstgefühl geklagt, nach dem Insulte sind sie nicht bewusstlos oder benommen gewesen, keine Störung im Gebiete des Facialis, keine Sprachstörungen, alle anderen Organe sind intakt geblieben. Aus diesem Grunde allein schon könnten wir von vornherein eine Apoplexia cerebri ausschliessen.

Der zweite nicht minder stichhaltige Grund ist der Verlauf der Krankheit. Während bei einem Erguss ins Gehirn die Lähmungserscheinungen sich nur äusserst langsam zurückbilden, von einem vollständigen Gebrauch erst nach sehr langer Zeit die Rede sein kann, sind diese beiden Patienten nach Verlauf von verhältnissmässig ganz kurzer Zeit in den vollständigen Gebrauch ihrer Glieder gesetzt, sind beide heute soweit hergestellt, dass sie ohne Anstrengung ihrer Berufstätigkeit obliegen könuen. Auch hieraus geht also klar hervor, dass von einer Apoplexie cerebri nicht die Rede sein kann.

Es giebt noch eine Krankheit die man zur Differentialdiagnose zulassen muss, das ist die Neuritis. Auch bei ihr finden wir als Begleiterscheinungen Lähmungen, Contracturen, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, Verminderung der Sensibilität, Verringerung der motorischen Kraft etc. Man sieht ganz die Symptome einer medullären Apoplexie.

Doch auch diese Diagnose ist nicht stichhaltig, das Hauptsymptom einer Neuritis ist ein brennender bohrender Schmerz im ganzen Verlauf der peripheren

Nerven, ein Schmerz der noch sehr empfindlich gesteigert wird durch einen Druck auf die sogenannten Schmerzpunkte des Nerven. Wo ist aber bei nnseren beiden Fällen von einem derartigen Schmerz die Rede? Bei der Frau liess sich nur durch ein Druck auf die proc. spinos. künstlich hervorgerufener Schmerz konstatiren, während dies bei dem Manne überhaupt nicht der Fall war. Da eine Section der beiden Fälle nicht gemacht werden konnte, so kann die Diagnose auch nicht mit dər absoluten Sicherheit hingestellt werden, wie bei denjenigen der vorher erwähnten Fälle, bei denen die Autopsie das bestätigte, was vorher am Lebenden constatirt war. Aber so sicher nur eine Diagnose beim Kranken gestellt werden kann. so sicher ergiebt die Diagnose bei unseren beiden Fällen medulläre Apoplexie. Es ist ja auch nicht so schwer eine Ursache für den Bluterguss zu finden. Beide Patienten stehen schon in reiferem Alter, die Frau ist 63, der Mann 61 Jahre alt, es ist also höchst wahrscheinlich, dass eine Arteriensclerose besteht, die zu dem Anfall die Veranlassung gegeben hat; zumal da die Frau bei dem fortwährendem Bücken während des Coaksklopfens davon betroffen worden ist.

Zum Schluss will ich noch einmal hervorheben, dass auch durch unsere beiden Fälle das Gegenteil bewiesen ist, von dem was die französischen Autoren Charcot und Hayem behauptet haben, dass ein Bluterguss ins Rückenmaık nur secundär sein kann. Wie der Blitz aus heiterem Himmel, so sind unsere beiden Patienten von ihrem Erguss überfallen worden, auch nicht das geringste Symptom einer Krankheit hatte sieh vorher bei ihnen gezeigt.

Für die grossartige Unterstützung des Herrn Prof. Dr. Mendel sage ich ihm noch meinen tiefgefühltesten Dank

Litteratur.

Grasset „Maladies du système nervoeux“ pag. 126.
Vulpian „Maladies du système nervoeux“ pag. 130.
Levier Dissertation pag. 18.
Eichhorst „Charité-Annalen“ 1867 pag. 326.
Virchows Archiv 1872 „Ein Fall von Hämatomyelie v. Goldthammer“.
Schmidt's Jahrbücher 1888 pag. 483 „Ein Fall von Hämatomyelie von Leyden“.
Eulenburgs Real-Encyclopädie Bd. 6.

Vita.

Ich, Leopold Sonnemann, geb. zu Berlin den 18. März 1860, als der Sohn des verstorbenen Gerbermeisters Julius Sonnemann und seiner Ehefrau Theodore, geb. Friedländer, mosaisch. Religion, habe das Friedrichs-Gymnasium hierselbst besucht und dasselbe zu Ostern 1881 mit dem Zeugniss der Reife verlassen. Darauf bezog ich die Königl. Friedrich-Wilhelms-Universität, um Medicin zu studiren. Ich bestand im 5. Semester das Examen Physicum, im 8. Semester das Examen Rigorosum und später das Staatsexamen. Ich hörte während dieser Zeit die Vorlesungen folgender Herren: Reichert. Du-Bois, Helmholtz, Hoffmann, Eichler, Falk, Virchow, Bardeleben, v. Bergmann, Senator, Küster,

Mendel, Leyden, Fräntzel, Liebreich, Hirsch, Gusserow, Jürgens, Sonnenburg. Allen diesen Herren spreche ich meinen innigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Das Antipyrin ist bei schweren Krankheiten zu vermeiden.

II.

Die nach Influenza beobachteten Augenerkrankungen sind durchaus nicht als dieser Krankheit eigenthümlich zu betrachen.

III.

Die Excision des harten Sahankergeschwürs ist überflüssig.